Aus der Chirurgischen Abteilung des Diakonissen-Krankenhauses
Bethanien Breslau.
(Dir. Arzt: Prof. Dr Carl Goebel.)

Über die operative Behandlung der Incontinentia alvi.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Hans Joachim Petermann.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Prof. Dr. Küttner.

Die Ursachen, die zu einer Incontinentia alvi führen, kann man in ätiologischer Hinsicht einteilen in:

1. Nervenverletzungen,
2. Muskelverletzungen, resp. Zerstörungen.

Bei Inkontinenz auf nervöser Basis kommen therapeutisch hauptsächlich Prothesen in Frage. Bei Muskelzerstörungen jedoch stehen die operativen Methoden im Vordergrund.

Relative Inkontinenz ist dann vorhanden, wenn dünner Stuhl und Blähungen nicht mehr zurückgehalten werden können. Unter absoluter Inkontinenz dagegen versteht man das Unvermögen auch festen Stuhl zurückzuhalten.

Im Folgenden wird eine kurze Übersicht über die normalen Verhältnisse des Schließapparates und seiner Innervation gegeben.

Bei Verletzungen des Sphinkterapparates ist wichtig, in wie großer Ausdehnung eine Zerreißung der Schließmuskeln stattgefunden hat.

Eine Spontanheilung ist bei oberflächlichen Verletzungen möglich, bei größeren Defekten gehört sie zu seltenen Ausnahmen. Daher sind eine Reihe operative Verfahren ersonnen worden. Zu den Methoden, die durch mechanische Verengerung ihr Ziel zu erreichen suchen, gehören: die Tabaksbeutelnaht von Dupuytren, die Exzision eines Dreiecks nach Dieffenbach und König, Einlegung eines Silberdrahtringes nach Thiersch, Injektion von Paraffin. Helferich näht das Bindegewebe des Beckenbodens eng

um die Afteröffnung. Gersuny führt durch Drehung des Darmes eine Verengerung herbei. Von Operationen, die direkt an den Sphinkteren arbeiten, wird zunächst die Sphinkternaht erwähnt. Die Literaturdurchsicht zeigt, daß ihre Resultate sehr verschieden gut sind, daß sie aber in geeigneten Fällen als Operationsmethode der Wahl anzusehen ist.

Fehlen die Sphinkteren zum großen Teil, so kommen Plastiken aus den Sphinkterresten oder der Muskulatur der Umgebung in Betracht. Hierher gehört zunächst eine Methode von Körbl. Es handelt sich um eine Operation, bei der der Defekt durch einen zirkulär abgelösten Streifen von dem noch bestehenden Sphinkterrest überbrückt wird. (Krankengeschichte wird angeführt.)

Reichen die Sphinkteren zu Plastiken nicht aus, so hat Rydygier ein Durchzugsverfahren ausgearbeitet, bei dem der Mastdarm durch den Glutaeus maximus hindurchgeleitet wird. Durch Einnähen des Darmes in den Beckenboden derart, daß ihn die Glutaeen umfassen, sucht Schmieden die Inkontinenz zu heilen.

Bei den Plastiken aus der Muskulatur der Umgebung finden zunächst die Autoren Kehrer und Chetwood Erwähnung. Bekannter ist die Schoemakersche Methode. Nach dieser operierte Goebel einen Kriegsverletzten mit recht gutem Resultat, wenn auch vollkommene Kontinenz nicht zu erreichen war.

Eine Modifikation der Schoemakerschen Plastik nahm Goebel ebenfalls bei einem Kriegsverletzten vor, bei dem der After durch einen Granatsplitter quer zerrissen worden war. Als Patient in hiesige Behandlung kam, war die ganze Analpartie stark narbig verändert. Im Sphinkter fühlte man rechts und links einen tief greifenden Defekt. Die Operation gestaltete sich so, daß nach den nötigen Vorarbeiten nur aus dem linken Glutaeus maximus ein Muskelstreifen abpräpariert und um den Anus herumgeführt wurde. Der Heilverlauf gestaltete sich glatt. Das Resultat der Operation war nach einem halben Jahr dahin zusammenzufassen, daß Patient das Herannahen des Stuhles merkte

und ihn halten konnte. Der eingführte Finger fühlte deutlich die Kontraktion des neuen Sphinkters. Eine seitliche Verziehung des Anus bestand nicht.

Viele Autoren sprechen diesen so eingepflanzten Muskelstreifen eine dauernde Wirkung ab. Der von Goebel operierte Fall jedoch widerspricht diesem abfälligen Urteil und ist wieder ein Beweis, daß gute Resultate bei dieser Art der Operation möglich sind.

Neuerdings ist das Prinzip der mechanischen Verengerung mit der Muskelzwinge kombiniert worden. Schmieden führt den Darm durch den Glutaeus und vernäht außerdem die Ränder des Peritoneums viscerale am Mesenterialansatz derart, daß der Darm stenosiert wird. Lennander sucht die Kontinenz zu erreichen durch gleichzeitige Zusammenziehung der Musculi levatores ani und der Musculi glutaei maximi.

Wenn auch von einzelnen Autoren die myoplastischen Operationen verworfen werden, so kann man doch sagen, daß in geeigneten Fällen ein nennenswerter Erfolg zu erreichen ist und man daher den Mut zur operativen Behandlung nicht verlieren und die Patienten nicht einfach mit lästigen Prothesen abfertigen soll.